STRATÉGIE DE MODERNISATION DU MAINTIEN EN PUISSANCE OPÉRATIONNEL - TRANCHE 2

Modernisation des Services de santé

MODERNE ET PRÊT : UNE VISION POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DES FAC

Défense nationale National Defence

Canada

Avant-propos du vice-chef d'état-major de la défense

Le thème dominant de l'histoire militaire canadienne met en vedette une population qui s'acquitte toujours de ses responsabilités en matière de défense du Canada en acceptant volontairement l'autorité légale de la chaîne de commandement qui oblige les militaires à s'acquitter de toute obligation légale dans le cadre d'une responsabilité illimitée en vertu d'un contrat social non écrit entre le militaire et l'État. Par conséquent, les Forces armées canadiennes retournent, au nom du gouvernement du Canada, leur engagement moral à l'égard de la santé, du bien-être et du mieux-être continus de leurs membres et de leurs familles. En poursuivant *Moderne et prêt : Une vision pour le système de santé des FAC*, nous mettons l'accent sur notre mission, une mission qui accorde la priorité au bien-être de notre personnel.

Aucune organisation des FAC ne personnifie cet engagement envers la santé et le bien-être de la force plus que les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC). Compte tenu du travail novateur nécessaire à la modernisation et à la transformation du SSFC, le passage du statu quo à un élément habilitant interopérable axé sur les données est un impératif opérationnel. Plus encore, il s'agit d'un aspect clé de la « capacité habilitante » fondamentale inhérente qui sous-tend la viabilité opérationnelle des FAC, tout en s'harmonisant à la fois avec la Directive du chef d'état-major de la Défense pour la Reconstitution et avec le plan de campagne numérique.

Une stratégie réalisable de modernisation du SSFC est donc d'une importance primordiale pour le maintien en puissance, la fonctionnalité et l'opérationnalisation de la Politique de défense du Canada, *Protection, Sécurité, Engagement*. La modernisation du SSFC est une ligne d'effort prioritaire pour faire progresser le programme de la Stratégie de modernisation du maintien en puissance opérationnel. Elle positionnera les SSFC comme une capacité opérationnelle interarmées prête, agile, fondée sur la doctrine et pleinement opérationnalisée.

Lieutenant-général Frances Allen,
vice-chef d'état-major de la défense

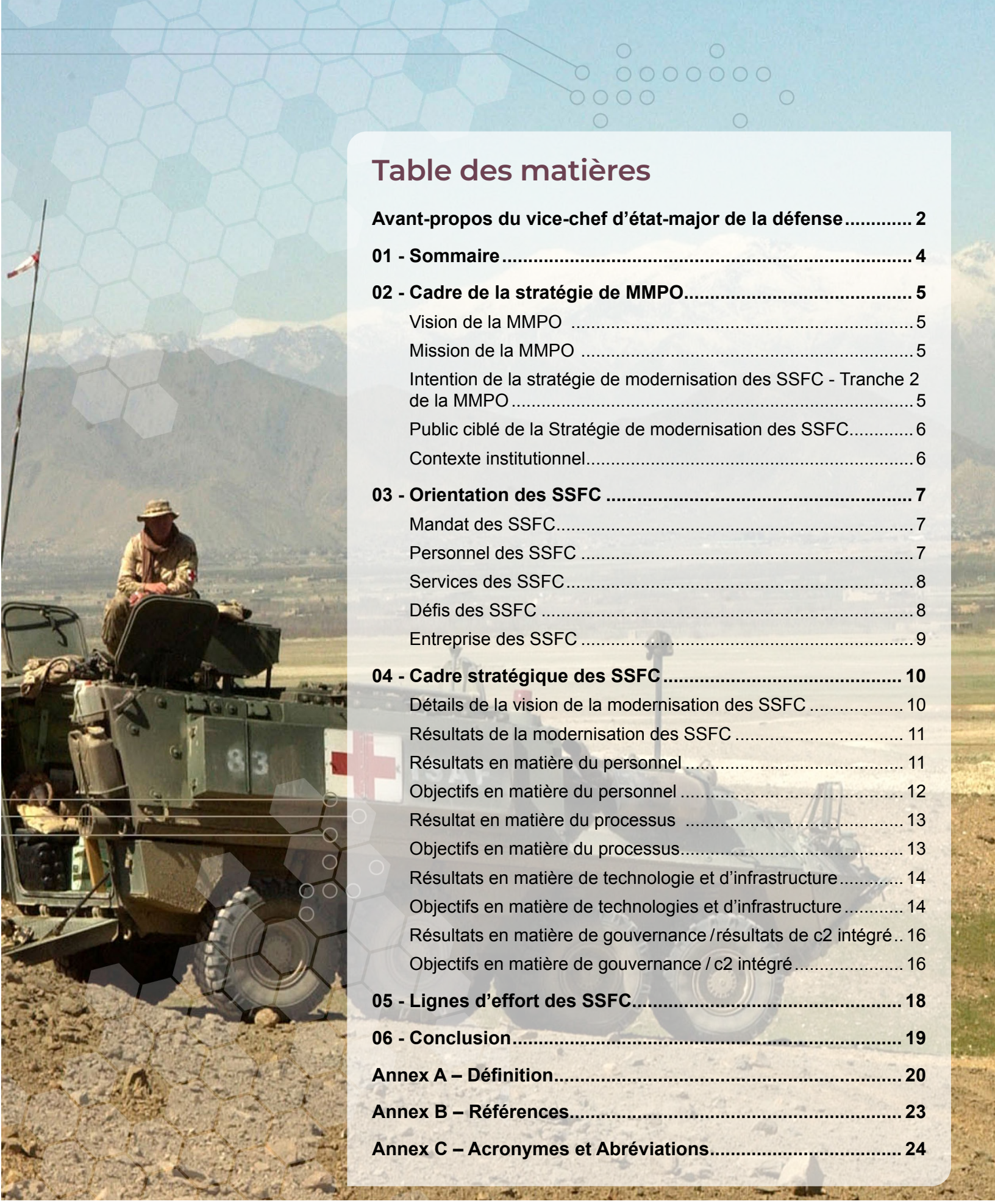


Table des matières

Avant-propos du vice-chef d'état-major de la défense 2

01 - Sommaire 4

02 - Cadre de la stratégie de MMPO 5

Vision de la MMPO 5

Mission de la MMPO 5

Intention de la stratégie de modernisation des SSFC - Tranche 2 de la MMPO 5

Public ciblé de la Stratégie de modernisation des SSFC 6

Contexte institutionnel 6

03 - Orientation des SSFC 7

Mandat des SSFC 7

Personnel des SSFC 7

Services des SSFC 8

Défis des SSFC 8

Entreprise des SSFC 9

04 - Cadre stratégique des SSFC 10

Détails de la vision de la modernisation des SSFC 10

Résultats de la modernisation des SSFC 11

Résultats en matière du personnel 11

Objectifs en matière du personnel 12

Résultat en matière du processus 13

Objectifs en matière du processus 13

Résultats en matière de technologie et d'infrastructure 14

Objectifs en matière de technologies et d'infrastructure 14

Résultats en matière de gouvernance / résultats de c2 intégré 16

Objectifs en matière de gouvernance / c2 intégré 16

05 - Lignes d'effort des SSFC 18

06 - Conclusion 19

Annex A – Définition 20

Annex B – Références 23

Annex C – Acronymes et Abréviations 24

01 - Sommaire

Cette initiative de modernisation des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) représente la Tranche 2 de la Stratégie de modernisation du maintien en puissance opérationnel (MMPO) pour la transformation assistée des SSFC afin de répondre à l'intention de la Politique de défense du Canada, *Protection, Sécurité, Engagement* (PSE). En tant qu'élément habilitant interarmées clé, la modernisation des SSFC aura une incidence positive sur tous les aspects de la disponibilité opérationnelle, de la structure, de la fonction et de l'interopérabilité globale avec les alliés de l'OTAN.

Les SSFC sont confrontés à de nombreux défis socio-économiques et dans l'ensemble des domaines, tant à l'interne qu'à l'externe. Mentionnons notamment l'évolution démographique, l'attrition des cliniciens, l'infrastructure désuète, l'évolution de la technologie, les effets de la pandémie, les contraintes liées au champ de pratique des secteurs de compétence, l'érosion des compétences, et la montée en flèche des demandes de prestation des soins de santé au pays et dans le cadre des opérations, en particulier en ce qui concerne nos engagements envers l'OTAN. Les demandes qui en résultent sur les capacités cliniques des Svc S sont mal alignées sur la capacité et peinent à répondre aux attentes. Il s'agit d'une insuffisance opérationnelle critique qui nécessite une stratégie globale de redressement et de modernisation.

Bien que la stratégie globale de MMPO soit une initiative conjointe de développement des forces (DF) qui souligne la nécessité de moderniser tous les éléments habilitants du maintien en puissance opérationnel (MPO), la tranche 2 met l'accent sur la modernisation du SSFC, en particulier dans les domaines liés au MPO. Il s'agit d'une première étape essentielle dans l'optimisation de l'état de préparation opérationnelle, de la reconstitution des FAC et de la gestion du changement de culture axée sur les données d'entreprise du MDN et des FAC.

Le MPO des SSFC est composé des éléments ministériels de base de la médecine militaire. Il comprend la chaîne d'approvisionnement médical, les établissements et les programmes d'instruction, ainsi que les programmes de santé qui soutiennent notre population des FAC au pays et à l'étranger. Le MPO comprend également le DF et le développement des capacités nécessaires pour analyser, planifier et maintenir ces besoins uniques en matière de soins de santé militaires opérationnels.

Une analyse opérationnelle détaillée a été effectuée. La vision de modernisation des SSFC confirme une capacité de transformation fonctionnant au sein d'un système de planification des ressources de l'entreprise (PRE) qui est viable sur le plan opérationnel, interopérable avec l'OTAN et numérique. Cette vision permettra d'optimiser le soutien pour le double mandat des Services de santé (déploiements opérationnels et soins de santé aux bases et escadres). Elle harmonise le personnel, les processus, la technologie et la gouvernance afin d'améliorer la préparation opérationnelle, d'étendre la portée des soins de santé et de rehausser l'expérience du patient.

La modernisation des SSFC est orientée par l'intégration du programme de commandement et contrôle dans tous les domaines (C2TD) et de la Plateforme de dossiers de santé électroniques (PDSE). Cette interface autonomise les praticiens de la gouvernance clinique et des données à tous les niveaux par la numérisation des capacités, la mise en relation des parties prenantes internes et externes, la gestion d'un domaine de données de santé distinct et l'accès à des options de soins hybrides. La stratégie permettra d'obtenir des données et des analyses de bout en bout pour assurer l'efficacité du programme, l'aide à la décision et les soins en partenariat avec la personne. Elle permettra aux commandants d'obtenir des conseils de santé en temps réel, fondés sur des données probantes, ainsi que d'améliorer l'accès aux soins et de rehausser l'efficacité du programme.

Le processus de modernisation des SSFC est inhérent à la nécessité d'investir pour remédier aux lacunes de l'infrastructure et pour veiller au respect des normes de l'industrie des soins de santé. Les principales lacunes à combler comprennent l'infrastructure des bases et escadres, l'entreposage logistique médical conforme aux bonnes pratiques de fabrication (BPF), une chaîne d'approvisionnement des soins de santé harmonisée, et un centre de stockage en réseau numérique. En outre, les lacunes de la capacité opérationnelle nécessitent des investissements, y compris la réanimation de sauvetage (RS) indépendante de la plateforme et les capacités de chirurgie de sauvetage (CS), soutenus par un programme de sang amélioré. Ces améliorations sont cruciales pour sauver des vies au cours des opérations.

De même, les effets cumulatifs de ces lacunes systémiques se manifestent dans l'incapacité des SSFC à respecter les engagements envers l'OTAN. L'interopérabilité de MEDEVAC est touchée par une pénurie de véhicules d'extraction de blessés, une Première réserve (P rés) en sous-effectif et le besoin d'une culture axée sur les données. C'est la clé de l'intégration multinationale où le C2TD renforcera la cohérence stratégique de toutes les capacités habilitantes interarmées.

« Moderne et prêt : Une vision pour le système de santé des FAC » est une stratégie holistique qui décrit la voie à suivre pour que les SSFC évolue en tant qu'élément habilitant opérationnel interarmées.

02 - Cadre de la stratégie de MMPO

VISION DE LA MMPO

Les FAC seront soutenues par une fonction de MPO entièrement intégrée qui peut stimuler le développement des capacités, générer des avantages militaires décisifs, et maintenir l'état de préparation opérationnelle dans tous les domaines.

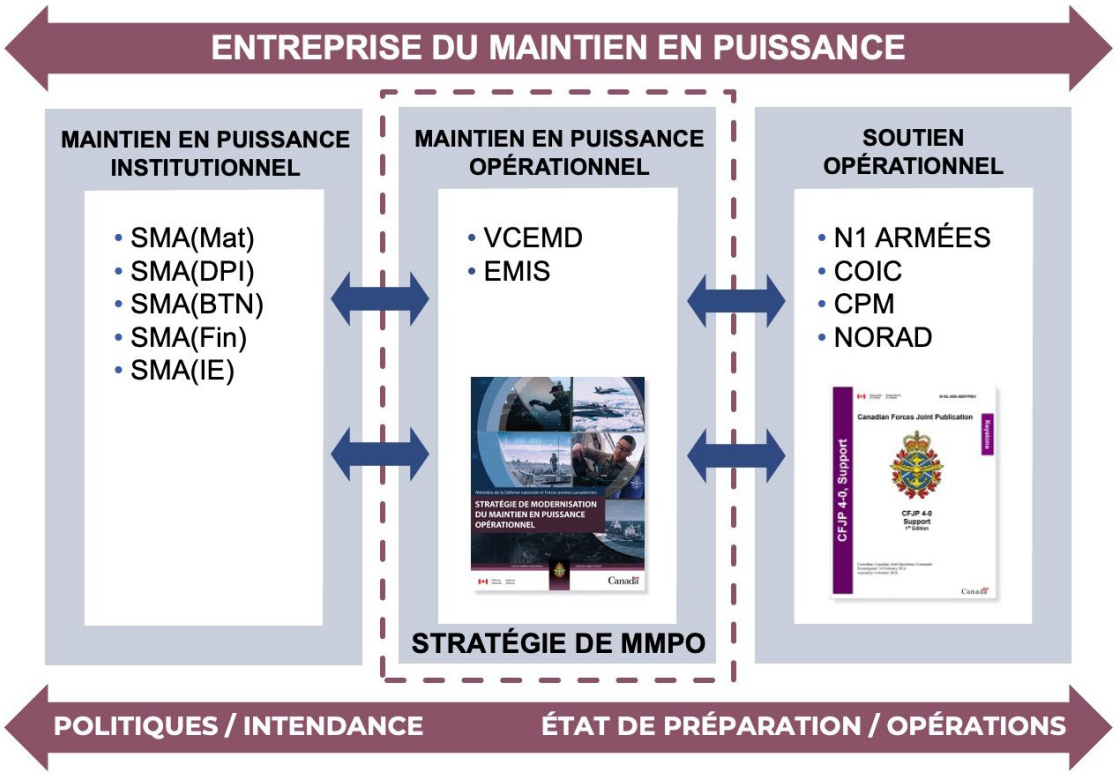


Figure 1 : Cadre de la Stratégie de MMPO – Composantes de l'entreprise de maintien en puissance

MISSION DE LA MMPO

Renforcer les liens au sein de l'entreprise de maintien en puissance entre le soutien opérationnel et le maintien en puissance institutionnel en harmonisant le personnel, les processus, la technologie et la gouvernance afin de rehausser la disponibilité opérationnelle et d'étendre la portée opérationnelle.

Intention de la stratégie de modernisation des SSFC - Tranche 2 de la MMPO

La stratégie globale de MMPO est une initiative interarmées de DF qui décrit les impératifs de la modernisation de tous les éléments habilitants du MPO, conformément à la politique de défense en vigueur et aux efforts globaux de modernisation et de reconstitution des FAC. Dans le cadre de la Tranche 2, l'intention de la MMPO est d'appuyer les SSFC en donnant l'orientation et les conseils stratégiques nécessaires pour mettre en œuvre la Stratégie de modernisation des Svc S et pour permettre une modernisation continue des Svc S et des soins en partenariat avec la personne améliorés.

Cette activité de MMPO en cours d'année sensibilisera la haute direction au fait que la modernisation des Svc S est non seulement un impératif opérationnel, mais aussi une contribution majeure à l'intégration horizontale de toutes les capacités habilitantes interarmées en tant qu'organisme clé de soutien opérationnel.

Public ciblé de la Stratégie de modernisation des SSFC

Cette stratégie des Svc S met l'accent sur le DF du SSFC, ce qui a une incidence sur l'état de préparation et les opérations de tous les niveaux 1. Par conséquent, le public principal de cette stratégie est composé de tous les dirigeants du MDN et des FAC et de tout le personnel du SSFC.

Contexte institutionnel

Contexte externe. La combinaison de la rivalité entre les grandes puissances et la poursuite de la guerre russo-ukrainienne a eu des répercussions considérables sur l'environnement opérationnel actuel. Les multiples défis de la gestion du changement comprennent les effets démographiques, technologiques, sociaux, inflationnistes, et résiduels de la pandémie mondiale. Les prévisions relatives aux pertes sur le champ de bataille ont intensifié la demande potentielle de soins de santé au pays et dans le cadre des opérations. La « nouvelle normalité » qui en résulte exerce une pression supplémentaire sur la chaîne d'approvisionnement mondiale pour tous les pays et tous les produits de base. Cette pression pose à son tour des défis pour les programmes de maintien en puissance opérationnel, a une incidence sur les stocks stratégiques, et remet en question la résilience des chaînes d'approvisionnement nationales et internationales des soins de santé. Afin de compenser, tous les partenaires de l'OTAN et partenaires alliés s'efforcent en conséquence de moderniser, de renforcer et d'intégrer leurs capacités en matière de services de santé en vue d'une interopérabilité « prête à l'emploi » numérisée commune à tous. Cette démarche soutient une chaîne d'approvisionnement multinationale en services de santé entièrement intégrée et résiliente. La participation nationale au sein de ces alliances collaboratives dans les services de santé est proportionnelle au degré d'engagement national à l'égard de cette initiative de modernisation progressive.

Contexte canadien. Les SSFC fonctionnent comme un secteur de compétence unique en matière de soins de santé au sein d'une structure de soins de santé hautement complexe et qui est réglementée à l'échelon provincial. Les SSFC ont pour mandat de fournir un système de prestation de services de santé double et simultané à tous ceux qui sont admissibles au pays (base/escadre) et pendant les opérations déployées. La structure des SSFC reflète un éventail de 19 professions des Svc S (13 titulaires d'une licence externe) et est touchée par un spectre disparate de contraintes réglementaires liées au droit de pratique, à la certification et au « champ de pratique ». La rationalisation de notre structure hospitalière militaire dans les années 1990 a cédé la place à une grande variété de soutiens publics externes. Cette rationalisation a créé des défis associés à l'accès aux principaux soutiens de mission et aux fonctions habilitantes connexes telles que le maintien de la compétence clinique, le champ de pratique, le recrutement, le maintien en poste et l'attrition, l'accès aux soins chirurgicaux, la collaboration avec les civils, et la dépendance à l'égard des services contractuels.

Contexte des FAC. L'intention optimisée de la politique de défense du Canada, PSE, impose un impératif d'une culture proactive de gestion du changement. Les SSFC suivent également la Directive du CEMD sur la Reconstitution des FAC tout en se modernisant pour s'harmoniser avec la Stratégie de MMPO et le plan de campagne numérique des FAC. Les SSFC dépendent de plusieurs N1 externes du MDN, y compris le sous-ministre adjoint (Infrastructure et environnement [SMA(IE)] pour les considérations relatives aux biens immobiliers dans les cliniques médicales et dentaires, le sous-ministre adjoint (Matériels) [SMA(Mat)] pour les fournitures de soins de santé et le groupe du dirigeant principal de l'information (DPI) pour la gestion des dossiers de santé électroniques (DSE). Il est essentiel d'investir dans les processus des SSFC, à l'échelle nationale et opérationnelle, pour suivre le rythme des menaces actuelles et futures.

Contexte de C2TD. Les FAC sont engagées dans un concept d'opérations (CONOPS) C2TD, pour un cycle de décision analytique axé sur les mesures, qui comprend une culture axée sur les données, un suivi des actifs en temps réel et un état d'esprit de « système de systèmes ».

Transformation numérique. Les FAC ont besoin d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) capable de fournir des outils modernes d'aide à la décision clinique, des analyses avancées et une expérience du patient à la hauteur des partenaires provinciaux et de défense étrangère afin de promouvoir et de maintenir la santé et le bien-être mental des membres des FAC. Par conséquent, la Plateforme de dossiers de santé électroniques (PDSE) sera la pierre angulaire de la transformation numérique des SSFC, permettant une interface avec d'autres systèmes clés (p. ex. DefenceX et le SGRH/Gardien). Cette réalisation renforcera à son tour les efforts tactiques en fournissant aux FAC des conseils fondés sur des données concernant les services de santé en temps réel.

Transformation des activités. Conformément au plan de campagne numérique des FAC et à l'intention du SM, les SSFC sont parfaitement positionné pour être un chef de file dans la transformation numérique de l'entreprise. Ce positionnement s'explique par le fait que les SSFC sont inextricablement lié à la fois à la structure d'entreprise du MDN et au domaine opérationnel des FAC.

MANDAT DES SSFC

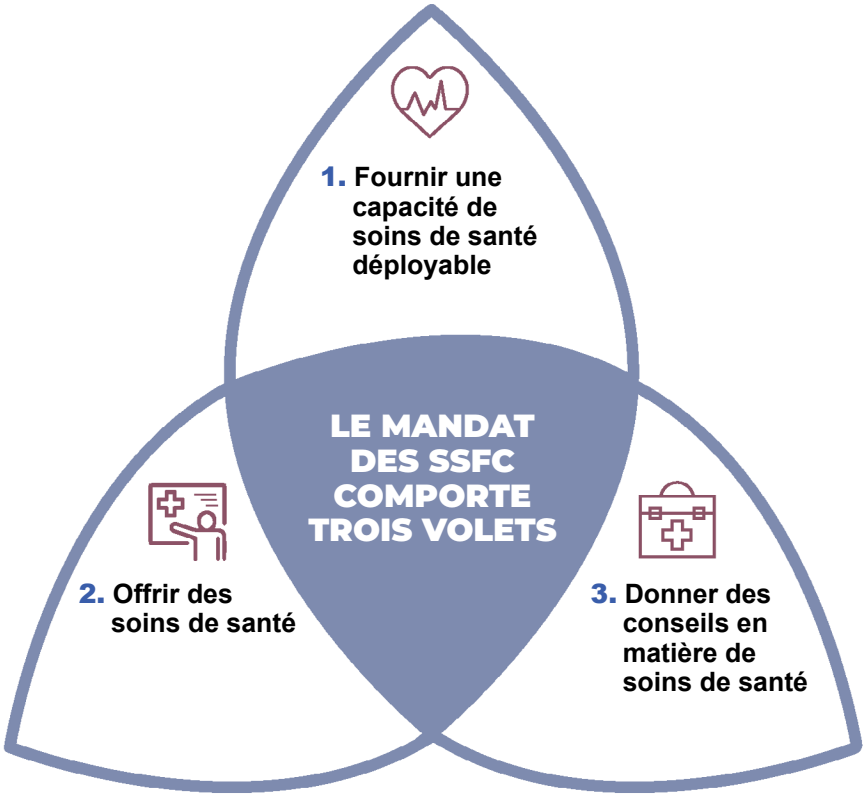


Figure 2 : Mandat des SSFC

Sous la rubrique des soins de santé militaires, les SSFC sont une capacité habilitante interarmées qui fournit un soutien à tous les éléments des FAC. Les SSFC sont considérés comme une organisation de niveau 2 qui relève du domaine du Chef du personnel militaire (CPM). Situé à Ottawa, le médecin général/Directeur général – Services de santé relève du CPM et le commandant des Services de santé relève du Commandement du Chef du personnel militaire (CCPM).

Le QG des SSFC est responsable des 106 unités et détachements répartis dans l'ensemble du pays, qui fonctionnent au sein d'une structure de soutien de base/escadre. Ces structures d'unités disparates comprennent des cliniques médicales et dentaires, des ambulances de campagne, des établissements d'instruction des Services de santé, un établissement de recherche, un dépôt d'équipement médical et le 1er Hôpital de campagne du Canada. Les tâches principales de ce mandat des SSFC sont les suivantes : fournir une capacité de santé déployable, fournir des soins de santé et fournir des conseils en matière de soins de santé.

Personnel des SSFC

Les SSFC jouent un rôle essentiel dans la disponibilité opérationnelle des FAC en s'efforçant de faire passer le personnel et les patients au premier plan. Cet objectif est atteint grâce à un système de santé des FAC appuyé par une équipe de plus de 6 500 personnes, qui comprend 4 500 postes de la Force régulière et de la Première réserve, en association avec plus de 1 500 fonctionnaires et 500 entrepreneurs, et ce, doté d'une enveloppe de financement de 575 millions de dollars pour l'année financière 2023-2024. Cette grande équipe soutient les soins de santé dans les bases/escadres et ainsi que dans le cadre des opérations, en plus des fonctions nécessaires pour former le personnel des SSFC, de répondre aux besoins opérationnels au pays et à l'étranger, et livrer les fournitures de soins de santé essentielles nécessaires pour faciliter le système médical militaire.

Services des SSFC

Les SSFC fournissent divers services cliniques et supervise plusieurs programmes liés à la santé du MDN et des FAC. Ces programmes variés et disparates contribuent à l'aptitude physique et mentale du personnel des FAC et appuient la disponibilité opérationnelle et l'efficacité opérationnelle des FAC. La diversité des programmes et les défis inhérents à l'infrastructure associées à cette vaste liste de services cliniques doivent être comprises et appréciées dans leur contexte. Ces services comprennent (sans toutefois s'y limiter) : l'accès des soins primaires aux spécialistes, la médecine du travail, la libération ou la transition (examens médicaux à la libération), les soins dentaires, les services de pharmacie, les analyses de laboratoire, l'imagerie diagnostique, la santé mentale et le soutien social, la physiothérapie, la médecine de voyage, la gestion de la santé de la population, la lutte contre les maladies infectieuses, la coordination des soins à domicile, le soutien aux opérations déployées, le dépistage à l'enrôlement, le Programme de retour au travail des FAC et le soutien aux programmes sportifs liés aux FAC. Ces services sont orchestrés dans le cadre des fonctions de soutien suivantes : responsabilités de gouvernance clinique (y compris l'accréditation, et les enquêtes), analyses financières et de programmes, considérations clés de gestion des ressources en soins de santé telles que la logistique médicale et dentaire, la formation des groupes professionnels des Services de santé militaires, la gestion des groupes professionnels, et la prestation de conseils en matière de santé.

Défis des SSFC

Une pénurie mondiale/nationale de ressources en santé a une incidence sur les systèmes de santé civils et militaires. Les contraintes liées aux titres et certificats sont imposées par des organismes externes de réglementation des soins de santé qui établissent la norme pour la certification des fournisseurs de soins de santé, qui est une exigence essentielle pour les soins prodigués par les SSFC aux patients des FAC. Pour maintenir ces spécifications, les groupes professionnels de la santé des FAC travaillent avec diligence pour éviter l'érosion des compétences en équilibrant les exigences liées à l'instruction militaire et l'accès à la formation clinique avant et après avoir atteint le niveau opérationnel de compétence (NOC).

Les SSFC doivent également relever le défi de respecter les engagements envers l'OTAN. En raison des lacunes systémiques, les SSFC dépendent du système de soins de santé civil pour répondre à de nombreux besoins en matière de diagnostic, de chirurgie, d'hospitalisation et de soins spécialisés. Les établissements d'enseignement civils et les collaborations connexes sont mis à profit pour exécuter le Programme de maintien de préparation clinique (PMPC). Les SSFC sont donc vulnérable à la fois aux fluctuations du financement de la formation et du maintien des compétences cliniques et aux limites de capacité de préceptorat des partenaires externes. Ces fluctuations et limites peuvent avoir des effets profonds sur la formation et les possibilités d'acquisition de compétences. En plus de leurs répercussions directes sur la qualité des soins, ces problèmes peuvent également avoir une incidence sur les niveaux de satisfaction professionnelle, ce qui entraîne des préoccupations majeures sur le plan du maintien en poste des praticiens, de l'attrition, du recrutement et de l'optimisation de la P rés.

La numérisation des Svc S est nécessaire pour répondre au besoin du C2TD afin d'effectuer la prise de décision de la chaîne de commandement et de faciliter l'interopérabilité (PDSE/DefenceX). Les investissements et les affectations financières des FAC n'ont pas suivi le rythme de l'augmentation des coûts de la prestation des soins de santé. Autres défis incluent la dégradation de l'infrastructure et de la TI, de l'équipement clinique et des capacités d'évacuation médicale, ainsi qu'un système d'approvisionnement obsolète. Enfin, les SSFC n'ont pas de capacité interne de développement des capacités permettant d'analyser et de relever ces nombreux défis.

ENTREPRISE DES SSFC

Figure 3 : Exemple de quelques-unes des principales entreprises des SSFC

VISION DE LA MODERNISATION DES SSFC

Un système de soins de santé moderne, résilient, intégré, numérique, efficace et efficient, et adapté aux opérations, qui respecte et comprend les besoins uniques de ceux et celles qui servent.

Détails de la vision de la modernisation des SSFC

Personnel. Les gens sont la considération la plus importante en ce qui concerne ce que les SSFC réalisent et la façon dont ils y parviennent. Notre approche des soins doit s'adapter et évoluer pour répondre aux besoins uniques de la population diversifiée que nous soutenons. Le personnel des SSFC est contraint par divers secteurs de compétence du « champ de pratique » réglementés par des organismes professionnels, qui sont sous réglementation provinciale. Ceci crée une mosaïque de politiques différentes affectant un large éventail de compétences cliniques requises dans différentes régions du Canada. Les SSFC s'efforcent d'atténuer les défis connexes dans le contexte de la conduite des opérations nationales et de l'établissement de normes cohérentes pour la mise sur pied de la force à des fins expéditionnaires.

Praticiens numériquement habilités. Une aide aux décisions cliniques et aux décisions du système de santé entièrement numérisée, grâce à de nouvelles capacités telles que la PDSE et DefenceX, permettra aux décideurs de première ligne d'optimiser les résultats en matière de santé, la sécurité des patients et la logistique médicale.

Environnement opérationnel. L'instabilité géopolitique croissante et l'augmentation de la désinformation, ainsi que l'évolution rapide de la technologie telle que l'utilisation de drones pour transporter les patients, mettent en évidence les multiples domaines de la vulnérabilité du système de santé des SSFC. Des SSFC modernisés s'adapteront à l'évolution rapide des réalités du soutien médical militaire, y compris les compétences nécessaires pour soigner les patients dans des environnements rudimentaires et pendant les opérations de combat à grande échelle.

Investissement en RS/CS. Il est nécessaire d'investir dans la RS et les capacités chirurgicales (CS) qui fonctionnent dans le cadre d'un programme de sang amélioré. Il est essentiel de développer la RS dans l'ensemble des flottes d'aviation tactiques de l'ARC, la RS/CS à bord du NSI (navire de soutien interarmées), et une RS/CS très mobile pour l'AC. Ces capacités amélioreront la survie des blessés, l'efficacité au combat ainsi que l'interopérabilité de l'OTAN.

Modernisation du DCMM. Entièrement dépendant de l'établissement d'un cadre logistique médical stratégiquement situé, conforme aux BPF et modernisé (compatible avec DefenceX) qui permet le stockage et la constitution de stocks stratégiques de produits sanguins, de vaccins et d'autres contre-mesures médicales. Cela nécessite une chaîne d'approvisionnement en santé médicale, des réseaux de centres de distribution et de stockage, ainsi qu'un système d'approvisionnement en médicaments et en produits pharmaceutiques électronique modernisé qui prend en charge la compatibilité RS et CS et un programme de sang résilient.

Amélioration du PMPC. Le PMPC est conçu pour appuyer le mandat des FAC de maintenir une force de soins de santé prête à l'emploi. Ce mandat peut être réalisé en offrant aux fournisseurs de soins de santé militaires des possibilités civiles-militaires intégrées (y compris en personne, virtuelles et de simulation) pour maintenir et/ou améliorer les compétences cliniques qui ne peuvent pas être maintenues à leur lieu de service normal. Il faut y accorder la priorité pour les opérations.

Amélioration de l'évacuation médicale. Selon la doctrine actuelle de l'OTAN, les exigences de la plateforme de MEDEVAC des SSFC dépassent de loin les attributions des ressources actuelles. Le soutien à l'interopérabilité de l'OTAN au moyen de MEDEVAC alliée/interarmées est donc considérablement touché. Le VBAT (véhicule blindé d'appui tactique) est l'une des nombreuses plateformes d'évacuation médicale futures possibles et représente un exemple du déficit des ressources MEDEVAC, un défi qui comprend également l'évacuation médicale aérienne. Ces lacunes contribueront au retard futur de l'extraction des blessés, à la réduction de la capacité de survie et aux exigences en matière de soins prolongés aux blessés (SPB). Ces effets auront une incidence sur la capacité d'accueil des blessés dans l'environnement opérationnel de l'avenir (EOA), ce qui nuira aux taux de morbidité et de mortalité.

Optimisation de la P rés. La révision de la mission de la Première réserve des Services de santé tout en réalignant le métier d'assistant médical établira les conditions nécessaires pour maximiser l'intégration opérationnelle de la P rés. La clé de l'optimisation de la P rés réside dans la formulation d'une stratégie de communication et de recrutement susceptible de modifier la culture, qui compensera le déficit du tableau de dotation de 800 postes.

Résultats de la modernisation des SSFC

RÉSULTATS EN MATIÈRE DU PERSONNEL

Des SSFC qui soutiennent et habilitent son personnel à l'aide des ressources nécessaires pour optimiser la santé de ceux et celles qui servent en veillant à ce que les compétences, l'instruction, les champs d'exercice et les conseils fondés sur des données probantes soient appuyés par des données et une culture d'amélioration continue de la qualité, permettant ainsi aux FAC et aux SSFC d'être prêts sur le plan opérationnel et de réussir.

Personnel : compassion, expertise, leadership, résilience, responsabilisation		
Notre façon de fonctionner jusqu'à présent...		**... où la modernisation des Svc S nous mènera.**
Renfort clinique axé sur la demande...	devient	... Système de progression clinique et défis professionnels qui sont prédictifs, résilients et transparents pour permettre le maintien en poste.
Approche rigide de la formation, du leadership et des nominations...	devient	... Système de gestion de carrière progressive avec une formulation plus claire des attentes et des exigences.
Les SSFC éprouvent des difficultés à respecter ses engagements simultanés en matière de soins aux bases/escadres et pendant les expéditions...	devient	... Les initiatives de numérisation s'avéreront efficaces dans tous les domaines fonctionnels.
Pénuries de personnel critique et capacités inférieures à la portée...	devient	... La modernisation de l'infrastructure et des capacités cliniques appuiera le recrutement et réduira l'attrition.
Des ressources de soins de santé provinciales et territoriales limitées...	devient	... Une collaboration novatrice dans le cadre de la COCIM et une coopération au sein de l'hôpital maximisera l'utilité des ressources.

Objectifs en matière du personnel

Recrutement et maintien en poste proactifs. Les tendances démographiques en matière de recrutement et de maintien en poste démontrent que les SSFC doivent innover pour demeurer viable sur le plan opérationnel. Des possibilités de sensibilisation nouvelles et différentes mobiliseront un éventail d'intérêts universitaires et médiatiques afin de rehausser le profil des SSFC en tant qu'employeur inclusif de choix. La modernisation de notre équipement clinique, du spectre des soins et du champ de pratique renforcera notre attrait pour les futures recrues. Elle servira également à motiver, à mobiliser et à appuyer le maintien en poste des membres en service des SSFC et des FAC, comme il est énoncé dans « L'offre des FAC – Notre proposition de valeur ».

Analyse de professions. La résilience est une priorité pour le processus actuel d'examen des groupes professionnels. Nous accordons actuellement la priorité aux techniciens médicaux, et l'examen d'autres groupes professionnels des SSFC est en cours pour assurer l'harmonisation avec les besoins opérationnels. Il est possible d'atteindre des niveaux de dotation durables et des objectifs de diversité dans le contexte d'une gestion des talents optimisée et fondée sur le mérite. L'évolution connexe des normes de qualification, des modèles de développement des forces et des décisions optimisées en matière d'instruction avancée renforcera également la structure des groupes professionnels. Il en résultera une approche inclusive qui permettra de fournir des soins cliniques avancés plus efficacement là où ils sont le plus nécessaires.

Perfectionnement professionnel (PP). Il est utile de synchroniser les cheminements de carrière pour l'instruction individuelle et éducation (II et E) clés. Cela inclurait les TECH MED/PMPC tout en préservant les possibilités de progression traditionnelle entre le groupe professionnel de TECH MED et d'adjoint au médecin (adj au méd). Les éléments habilitants de la mission comprennent les officiers de gestion des services de santé. Il est également utile d'appuyer les programmes de PP, comme ceux des infirmières militaires spécialisées et des infirmières praticiennes. Ces programmes seront tous soutenus par un plan de communication d'II et E.

Modernisation de la capacité de la P rés. L'Examen annuel des groupes professionnels militaires (EAGPM) est mis à profit pour maximiser la fonctionnalité des techniciens médicaux et des adjoints médicaux. Les groupes professionnels bénéficieraient d'une clarification de la mission et du cheminement de carrière, ce qui permettrait d'accroître le recrutement dans la P rés.

Modernisation habilitée et continue. Les SSFC sont contraints par divers secteurs professionnels ayant des « champs de pratique » réglementés qui a une incidence sur la disponibilité et l'efficacité opérationnelle. La modernisation des Services de santé confirmera le mandat d'offrir une culture de « pratiques exemplaires » axée sur les données. Ceci appuiera la communauté des FAC à la fois au pays et lors de déploiements opérationnels.

Soins en partenariat avec la personne. La modernisation des SSFC introduira une norme de l'industrie des soins de santé sur les modalités de diagnostic et de traitement virtuels et interactifs des soins en partenariat avec la personne pour les patients, tout en servant à réduire la dépendance aux cliniciens contractuels et à optimiser les soins fondés sur des données probantes.

Optimisation de la COCIM. La modernisation des SSFC reflétera une meilleure application des concepts de la COCIM pour renforcer les grands thèmes de l'agrément. Les relations avec nos homologues civils peuvent être mises à profit pour répondre aux préoccupations associées à l'érosion des compétences cliniques et assurer la fiabilité des ressources déployables des Services de santé. Cette optimisation comprend le PMPC, une initiative importante qui a une incidence opérationnelle considérable, car elle accorde la priorité à la formation de recyclage des cliniciens avant le déploiement dans les milieux civils. Le PMPC sert également à renforcer la qualité des soins aux bases et aux escadres ainsi qu'au moral des fournisseurs de soins de santé, ce qui fait du programme un outil de maintien en poste important des FAC.

RÉSULTAT EN MATIÈRE DU PROCESSUS

Des SSFC adaptés aux militaires et axés sur leur carrière intégreront les contributions positives des intervenants internes et réglementaires, et des services agréés dans le processus d'adaptation d'une capacité de services de santé agile, prête, résiliente, interopérable et déployable sur le plan opérationnel; tous les aspects systémiques des soins seront rationalisés en conséquence.

Processus : système interopérable, équilibré, agréé, agile et de haute qualité		
Notre façon de fonctionner jusqu'à présent...		**... où la modernisation des Svc S nous mènera.**
Processus manuels, copies papier, planchettes à pince...	devient	... Cliniciens numériquement habilités avec des outils d'aide à la décision en temps réel pour assurer la flexibilité et l'efficacité cliniques tout en prodiguant des soins de haute qualité.
Des conseils médicaux sur demande à la haute direction des FAC fournis selon les besoins...	devient	... Des connaissances médicales proactives qui sont prédictives et s'accompagnent de conseils fondés sur des données probantes qui sont facilement accessibles à tous les niveaux des FAC.
Les capacités cliniques sont alignées sur des structures organisationnelles et une infrastructure désuètes...	devient	... Axées sur les opérations pour être plus agiles, et dont la portée organisationnelle est rendue possible par la technologie.
Les attentes cliniques ont augmenté et les exigences ne sont pas largement comprises...	devient	… Amélioration de la planification stratégique et opérationnelle des missions et de la communication avec les dirigeants pour assurer des soins en partenariat avec la personne.

Objectifs en matière du processus

Soins optimisés dans les bases/escadres. Les soins dans les bases et les escadres sont la pierre angulaire de la disponibilité opérationnelle des FAC. Des mesures et des analyses pertinentes et en temps réel de la mesure du rendement sont nécessaires pour assurer une utilisation optimale des ressources et des programmes limités. La PDSE, l'examen de la gamme de soins par l'intermédiaire du CFA et les soins virtuels introduiront de nouvelles façons plus inclusives de fournir des soins. Cela ouvrira la voie à un CONOPS proactif et durable.

Améliorations de la capacité opérationnelle. La qualité des soins déployables sur le terrain des SSFC sera soutenue par une polyvalence accrue des cliniciens déployables sur le plan opérationnel (optimisation de la P rés), des véhicules, du matériel et des ressources d'évacuation médicale (comme les ambulances blindées). Les investissements dans les capacités de réanimation et de chirurgie de sauvetage (RS/CS) et un programme de sang amélioré garantiront que les capacités médicales vitales sont fournies là où elles sont le plus nécessaires. Il deviendra de plus en plus important de mettre l'accent sur les partenariats civils, en particulier lorsque la logistique militaire deviendra âprement disputée.

Modernisation numérique du soutien opérationnel. Une modernisation axée sur les données augmentera la déployabilité et la préparation opérationnelle des SSFC. Cela à son tour s'alignera sur l'optimisation de la P rés des Svc S tout en améliorant l'interopérabilité de l'OTAN (logistique, communications et services de soutien fournis par le pays hôte). Les avantages comprennent l'accélération des processus d'approvisionnement, la prise de décisions diagnostiques et le triage.

RÉSULTATS EN MATIÈRE DE TECHNOLOGIE ET D'INFRASTRUCTURE

Des SSFC modernisés, reliés à un système logistique médical en réseau numérique, refléteront une norme contemporaine de l'industrie médicale en matière de connectivité de la mesure et de l'analyse. Cette norme est imbriquée dans une culture ministérielle et une culture d'entreprise des FAC/du CPM axée sur les données et basée sur l'IA. La modernisation des SSFC reflétera un niveau fiable d'interopérabilité et de capacité déployable de gestion de l'information (GI) standard de l'OTAN.

Technologie : actuelle, interopérable, accessible et analytiquement activé		
Notre façon de fonctionner jusqu'à présent...		**... où la modernisation des Svc S nous mènera.**
Initiatives d'infrastructure menées au cas par cas...	devient	... Le plan de modernisation à long terme de l'infrastructure des Services de santé favorise les synergies des FAC.
Les démarches de soutien clinique varient et sont souvent limitées par des processus obsolètes en raison de lacunes technologiques...	devient	... La technologie de soins virtuels est optimisée, y compris le soutien aux opérations.
Système de données de santé analogique...	devient	Système de données de santé numérique – pour fournir des capacités d'analyse des données en temps réel.
Manque de cohérence dans la formation sur la transformation numérique et la gestion du changement de culture axé sur les données	devient	Formation ciblée sur la gestion de l'information (GI) et la gestion du changement de culture axée sur les données, appuyée par une stratégie de communication détaillée.

Objectifs en matière de technologies et d'infrastructure

Établissement de la PDSE. Ce processus représente la contribution des SSFC au plan de campagne numérique des FAC. Le projet de la PDSE maintiendra en puissance et renforcera la capacité numérique en matière de santé des FAC par la fourniture d'un système DSE commercial sur étagère (COTS) qui offrira des outils modernes d'aide à la décision opérationnelle et clinique, un accès sécurisé aux renseignements sur la santé, des analyses avancées et une expérience centrée sur le patient identique à celle des partenaires provinciaux et de la Défense. La PDSE a le potentiel de regrouper les données d'une manière qui générera des conseils de soins de santé rapides et hautement exploitables pour les commandants. Les gains d'efficience rehausseront disponibilité opérationnelle en améliorant l'accès aux soin en optimisant le moral du personnel du programme.

DefenceX. Assure l'établissement d'une chaîne d'approvisionnement médicale synchronisée, efficace, réactive et résiliente qui est liée à la PDSE et qui reflète non seulement la visibilité des actifs de bout en bout, mais qui fournit également des renseignements fiables sur l'état de préparation logistique interarmées et une capacité d'analyse des données.

Capacité clinique numérique. Les SSFC doivent passer d'un service analogique du XXe siècle à un système de soins de santé contemporain (extensible vers l'IA organique) numérique et axé sur les données. Il doit être suffisamment polyvalent pour répondre aux normes d'agrément (nationales) tout en offrant la possibilité d'une interface avec l'OTAN.

Technologie de soins virtuels optimisée. Malgré la réalité géographique de nos bases et escadres, les SSFC doivent améliorer l'infrastructure existante, les pratiques cliniques, la gestion de l'information (GI) et la connectivité WiFi-numérique. Ces améliorations permettront d'accroître l'accès aux soins pour notre population diversifiée et dispersée.

Modernisation de MEDEVAC. Les SSFC manquent considérablement de ressources sur le plan de la capacité d'évacuation médicale pour les opérations et l'entraînement. Bien que certaines améliorations de la capacité des véhicules aient été réalisées grâce au soutien des services à l'aide du projet d'ambulance blindée VBAT, par exemple, il reste un décalage entre les exigences de la doctrine concernant l'évacuation médicale et les affectations d'approvisionnement actuelles. La modernisation des SSFC incite à tirer parti des progrès technologiques futurs pour relever ce défi, ce qui pourrait inclure l'accès à des systèmes télépilotés. La modernisation des véhicules d'évacuation du rôle 1 au sol est un impératif opérationnel pour toute fonction ou capacité d'interopérabilité des Svc S avec l'OTAN.

Amélioration du Dépôt central de matériel médical (DCMM). Entièrement dépendant de l'établissement d'une ressource stratégiquement située, conforme aux BPF et à l'ASPC, compatible avec la PDSE (DefenceX) et en réseau. Cette amélioration comprendrait la visibilité de bout en bout des actifs, la chaîne d'approvisionnement en soins de santé médicale, la distribution et un réseau de centres de stockage de produits médicalement sensibles. Renforcé contre les perturbations de la chaîne d'approvisionnement mondiale et résilient à la « logistique contestée » grâce à un partenariat établi avec l'industrie militaire canadienne et les hôpitaux provinciaux.

Sécurité et résilience sanitaires. Nécessite une capacité de réseautage pancanadienne et pangouvernementale de santé publique et de sécurité publique pour répondre aux défis futurs. Cette capacité appuierait les déploiements opérationnels des FAC ou les opérations nationales dans une interface provinciale-territoriale du système de santé..

Modernisation de l'infrastructure clinique. Les initiatives d'infrastructure de soins de santé, comme le Centre des Services de santé de la région de la capitale nationale et la modernisation du DCMM, sont complétées par des installations qui peuvent accueillir l'arrivée de la GI axée sur une culture fondée sur les données. Cette GI protège les actifs de données des patients et exploite les mesures et les analyses pour prendre des décisions délibérées tout en favorisant l'innovation. Cette infrastructure comprend les infrastructures éloignées et rudimentaires comme le Centre d'instruction des Forces canadiennes dans l'Arctique (CIFCA).

Développement de la capacité des opérations dans le Nord. La modernisation des SSFC comprendra des fonctions et des capacités opérationnelles déployables dans le Nord, au sein du CIFCA. Il sera important de tirer parti d'une approche pangouvernementale et de se mettre en réseau avec l'ensemble de la communauté clinique canadienne, à l'aide d'un lien de soins médicaux par téléphone et par vidéo.

Gestion des données. Le plan de campagne numérique des FAC et le Cadre de gouvernance des données du MDN et des FAC déterminent le caractère central des données dans la transformation opérationnelle. La définition du domaine de données sur les soins de santé assure la gérance des renseignements personnels sur la santé (RPS) conformément aux lois fédérales et provinciales, ainsi que l'évolution des exigences internationales en matière de normalisation et d'interopérabilité. Les SSFC ont déjà établi son bureau principal pour répondre aux exigences d'agrément des Services de santé des FAC. Les efforts de modernisation de la PDSE renforceront la gérance des RPS.

RÉSULTATS EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE / RÉSULTATS DE C2 INTÉGRÉ

Gouvernance intégrée des SSFC pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes, la crédibilité institutionnelle, la gestion des forces (GF), le DF et le maintien en puissance stratégique de la chaîne d'approvisionnement pour répondre aux exigences changeantes du MDN et des FAC, et aux exigences externes de l'OTAN en matière d'interopérabilité, conformément aux grandes priorités du MDN et des FAC.

Gouvernance/C2 intégré : Crédibilité institutionnelle, modernisation alignée, transparence, atténuation des risques, conseils réalistes.

Notre façon de fonctionner jusqu'à présent...		... où la modernisation des Svc S nous mènera.
L'Initiative de renouvellement des soins primaires (IRSP) Rx2000 n'a été que partiellement mise en œuvre avec des résultats d'agrément suffisants. Capacité limitée de faire évoluer les modèles de prestation de soins en raison de contraintes organisationnelles. La modernisation est réactive...	devient	... Poursuivre la modernisation des SSFC afin de maintenir des soins de haute qualité et de permettre la prise de décisions. Culture proactive de gestion du changement constant et d'amélioration continue.
Ressources et capacités limitées du QG opérationnel...	devient	... Le QG des SSFC est établi avec le personnel requis pour planifier et mener à bien la disponibilité opérationnelle et les exigences opérationnelles.
Le SSFC, en tant qu'élément habilitant interarmées, n'est pas bien intégré à la gouvernance des FAC	devient	... Les SSFC sont intégrés à la gouvernance des FAC en ce qui concerne le DF, la GF et le maintien en puissance stratégique. Les Svc S sont alignés sur la MMPO.

Objectifs en matière de gouvernance / c2 intégré

Compétence en matière de santé distincte sur le plan constitutionnel. La modernisation permettra de mettre à niveau la matrice collaborative de délivrance de permis, de certification, d'agrément (et de gouvernance) des SSFC afin de refléter les 19 groupes professionnels des Svc S (13 groupes avec licence externe/11 groupes autoréglementés). Ces questions sont particulièrement importantes lors de la prestation de soins dans un contexte non opérationnel. Cependant, les soins de santé dispensés pendant les opérations des FAC doivent également tenir compte des cadres réglementaires professionnels canadiens ainsi que des limites uniques liées aux environnements de soins de santé militaires.

Modernisation de la capacité du DGS San. La modernisation et la numérisation des SSFC amélioreront les Svc S : DF, GF, optimisation de la P rés, application de la doctrine et prestation des programmes. Cette modernisation pourrait revitaliser les opérations des FAC, le maintien en puissance et le modèle de soins des bases et des escadres. Elle permettra de rédiger et d'intégrer une politique particulière sur la gouvernance des services de santé à la gouvernance institutionnelle élargie du MDN et des FAC. Les SSFC travaillent avec son Niveau 1 pour améliorer la capacité de DF qui sera nécessaire pour s'harmoniser avec un mandat opérationnel habilitant interarmées.

Liens multinationaux des SSFC. Nécessite que la connectivité de C2 fonctionne dans un environnement opérationnel « prêt à l'emploi » centré sur l'OTAN.

Partenariats des FAC. La modernisation des SSFC permettra d'établir des liens de C2 intégré avec les capacités internes de l'entreprise de soutien par l'intermédiaire du CPM. Ces liens s'étendent également aux partenaires externes tels que les Services de bien-être et moral des Forces canadiennes (SBMFC) pour le Programme de soutien du personnel (PSP) et pour d'autres programmes liés à la santé et au bien-être.

C2TD. La modernisation remplacera le SISFC et permettra aux SSFC de s'adapter aux communications numériques dans de multiples domaines. Les communications numériques permettront un suivi des actifs et des blessés en temps réel, une vue « système de systèmes », des processus d'entreprise normalisés et une gestion des risques par le commandement. Ces communications ouvriront la voie à des conseils médicaux tactiques et stratégiques fondés sur des données probantes pour appuyer la prise de décisions judicieuses (DefenceX/CBC2 des FAC).

Amélioration de la gouvernance des SSFC. La modernisation des SSFC établira une structure distincte des SSFC qui permettra de mener un DF, une mise sur pied d'une force (MPF) et l'emploi de la force (EF) qui respectent les besoins de tous les intervenants des FAC. Cette structure représentera un cadre de préparation de la gestion pour les capacités des RH, une liaison avec les organismes d'agrément et de réglementation externes et la production de rapports et états analytiques des SSFC sur les mesures du rendement fondés sur des données probantes. La structure actuelle qui consiste à appuyer simultanément les soins dans les bases et les escadres et dans les opérations n'est pas viable. Les solutions pour résoudre ce problème sont confrontées à des défis liés aux coûts, à la MPF, au soutien et aux cadres de gouvernance.

Remplacement du SISFC par la PDSE. Les FAC ont besoin d'un système de dossiers de santé électroniques (DSE) capable de fournir des outils modernes d'aide à la décision clinique, des analyses avancées et une expérience du patient à la même hauteur que les partenaires provinciaux et étrangers de la défense afin de promouvoir et de maintenir la santé et le bien-être mental des membres des FAC. Le système actuel de DSE n'offre pas cette possibilité et, à moins qu'une solution de remplacement puisse être mise en œuvre, l'écart entre l'expérience en santé numérique des membres des FAC et celle de leurs concitoyens continuera de croître.

05 - Lignes d'effort des SSFC

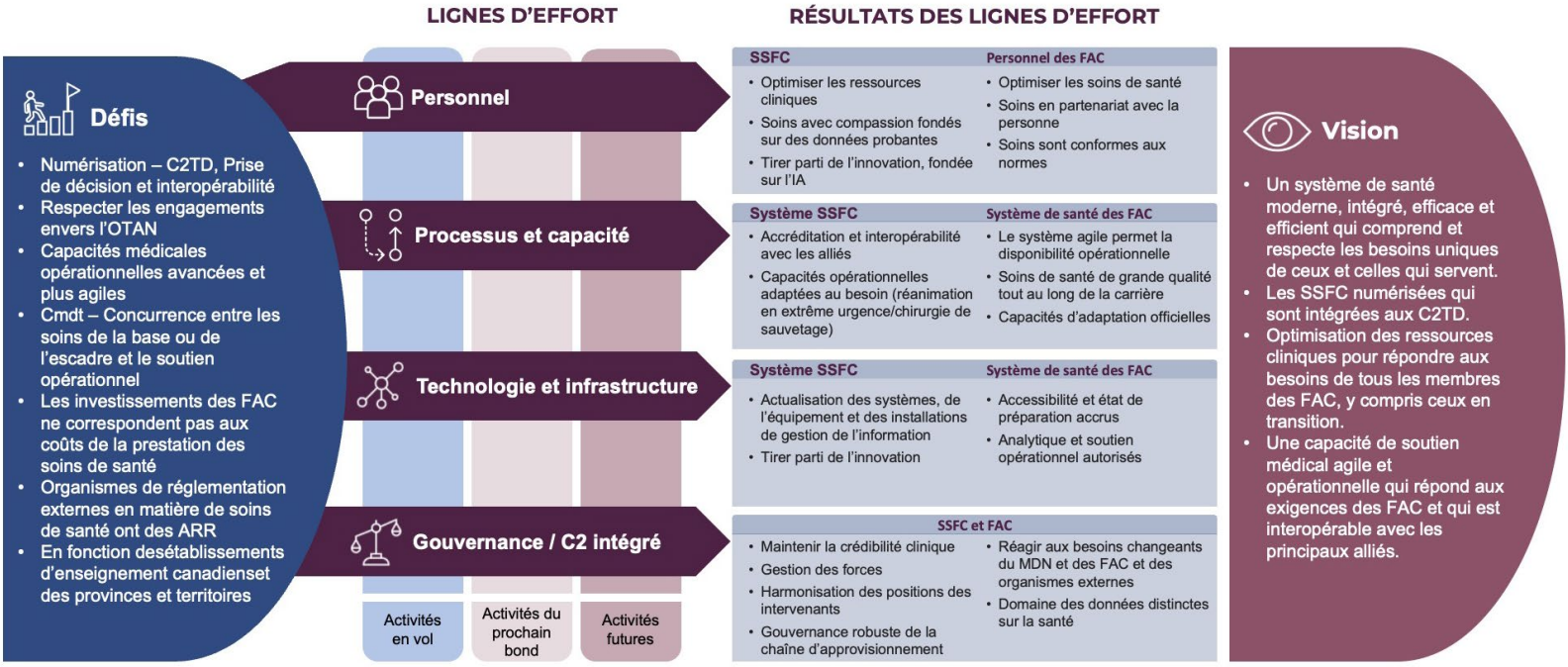
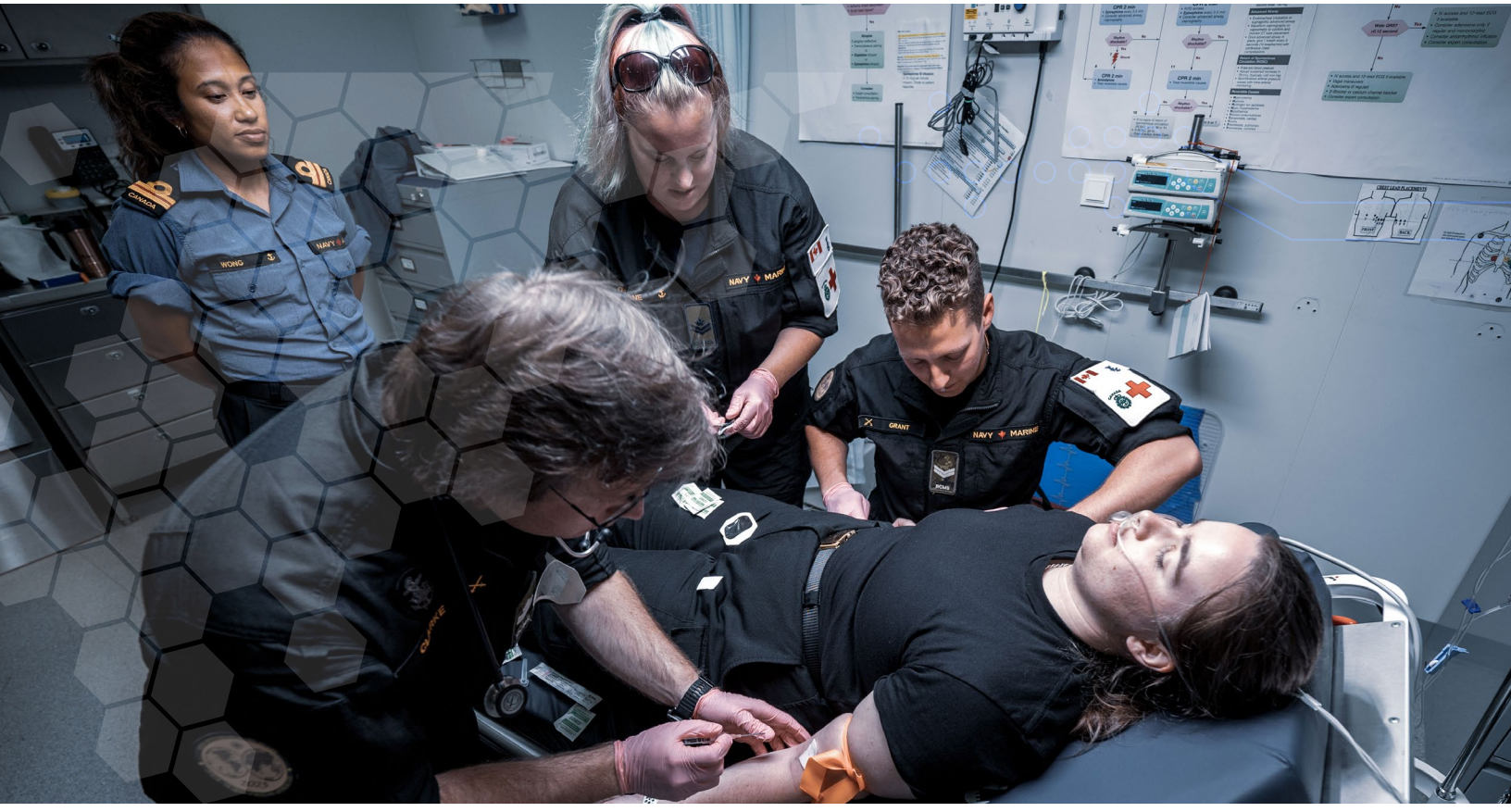


Figure 4 : Lignes d'efforts en matière de modernisation des SSFC



06 - Conclusion

La modernisation progressive des SSFC n'est pas seulement une exigence du MDN, mais un impératif opérationnel des FAC. Cette analyse opérationnelle directe a clairement mis en évidence la position selon laquelle les SSFC font face à de multiples défis qui font en sorte qu'il est ardu de répondre à toutes les attentes.

Une stratégie de réinvestissement ciblée est essentielle pour s'assurer que les demandes à l'égard des capacités cliniques des SSFC sont harmonisées avec la capacité et que l'excellence du soutien opérationnel peut être maintenue.

Les tendances associées à l'investissement des FAC dans les SSFC n'ont pas suivi le rythme des besoins en soins de santé de nos militaires au pays et dans un environnement opérationnel en évolution rapide. Ce retard a contribué à des pénuries de capacités inhérentes et systémiques, qui ont été rapidement dépassées par les événements géopolitiques et exacerbées par les exigences du XXIe siècle. Citons notamment la technologie, la numérisation de l'entreprise, les opérations de combat des FAC et l'exigence croissante de services de soutien aux bases/escadres à des effectifs diversifiés.

Le maintien du statu quo n'est pas une option dans un environnement où les besoins opérationnels en matière de soins de santé changent et où la relation civilo-militaire dans les soins de santé est de plus en plus importante. Il en va de même de la nature difficile du recrutement, du maintien en poste, de la certification des professionnels de la santé et des subtilités du maintien et du développement du « champ de pratique ».

Cette vision de la modernisation façonne l'orientation que les SSFC, en tant qu'élément habilitant interarmées essentiel, doivent prendre. Elle éclairera les plans de campagne, les analyses et l'affectation des ressources à l'avenir au fur et à mesure de leur planification et de leur mise en œuvre.

La capacité des SSFC de définir un mandat renouvelé et d'aller de l'avant exige un effort déterminé de modernisation des FAC. Cet effort ouvrira la voie à une « capacité opérationnelle interarmées habilitante » plus réactive et adaptable, alignée sur la stratégie globale de MMPO « Moderne et prêt : Une vision pour le système de santé des FAC ».

ANNEX A – DÉFINITION

1. La doctrine interarmées des FAC ne définit pas entièrement l'entreprise de maintien en puissance et ses sous-composantes. Seules certaines fonctions de l'entreprise de maintien en puissance (c.-à-d. le soutien opérationnel) sont officiellement définies. Il est important de noter que la définition du maintien en puissance opérationnel, de la modernisation du maintien en puissance opérationnel et de la modernisation des SSFC et de la façon dont elle s'inscrit dans cette Tranche 2 de la stratégie de MMPO figure dans le présent document. Les définitions actuellement établies sont les suivantes :

Capacité : Aptitude de contribuer à l'obtention d'un effet souhaité dans un environnement et un délai donnés et maintien de cet effet pendant une période donnée.

Domaines de capacité : Dans le cadre du processus de planification axée sur les capacités, les domaines de capacité reflètent un cadre de capacité conceptuel qui catégorise des capacités spécifiques dans six domaines de capacité (commandement, détection, action, protection, maintien en puissance et montée en puissance).

Fonctions opérationnelles : Elles se composent de cinq fonctions (commandement, détection, action, protection et maintien en puissance) qui sont intégrées à tous les niveaux opérationnels et tactiques de la guerre.

Soutien opérationnel (SO) : Le soutien opérationnel est l'action d'une force, ou d'une partie d'une force, qui aide, protège, complète ou soutient directement les opérations d'une autre force. Le SO est fourni par un commandement en appui soit dans un théâtre d'opérations, soit le long des lignes de communication stratégiques.

Maintien en puissance : Le maintien en puissance désigne l'aptitude à maintenir la puissance militaire efficace nécessaire pour obtenir les effets souhaités. Il comprend la planification de toutes les mesures administra-tives nécessaires en vue d'assurer la réussite de la mise en œuvre du plan de campagne, y compris le soutien logistique et le soutien du personnel. Le processus de planification opérationnelle comprend notamment des mesures visant à assurer la mise sur pied d'un plan de maintien en puissance sûr.

DefenceX : Anciennement connu sous le nom d'initiative de modernisation du Système d'information de la gestion des ressources de la Défense, le projet a été renommé DefenceX, parce qu'il ne reflétait pas une simple mise à niveau technologique pour le MDN et les FAC, mais plutôt une initiative organisationnelle de gestion du changement et de transformation des activités. DefenceX vise à assurer l'établissement d'une chaîne d'approvisionnement médicale synchronisée, efficace, réactive et résiliente qui est liée à la PDSE et qui reflète non seulement la visibilité des actifs de bout en bout, mais qui fournit également des renseignements fiables sur l'état de préparation logistique interarmées et une capacité d'analyse des données.

Maintien en puissance institutionnel : Il s'agit d'une composante de l'entreprise de maintien en puissance et de la fonction doctrinale de maintien en puissance. Il constitue les activités de maintien en puissance stratégiques intégrées qui fonctionnent horizontalement au sein de l'ensemble des organisations de niveau 1 du MDN (en grande partie à l'exclusion des FAC), d'autres ministères et de l'industrie pour répondre aux exigences de maintien en puissance des FAC. Les activités de maintien en puissance stratégique comprennent généralement, sans toutefois s'y limiter, l'exercice de l'autorité fonctionnelle ministérielle sur les politiques et les processus qui permettent l'exécution du maintien en puissance opérationnel et du soutien opérationnel.

Capacité habilitante interarmées : Elle reflète un regroupement organisationnel dans tous les domaines des FAC, défini par des paramètres de personnel, d'instruction, de processus, de rôle et de gouvernance distincts qui produisent des effets de maintien en puissance militaire au sein de l'entreprise de maintien en puissance. Les capacités habilitantes interarmées des FAC comprennent la logistique interarmées, les Services de santé, le Corps du Génie électrique et mécanique royal canadien, les systèmes d'information et de communications, la Police militaire et le Génie d'appui général interarmées.

Maintien en puissance opérationnel : Il s'agit d'une composante de l'entreprise de maintien en puissance et de la fonction doctrinale de maintien en puissance. Il assure une fonction de communication et d'harmonisation entre le soutien opérationnel et le maintien en puissance institutionnel, englobant toutes les capacités habilitantes interarmées.

Modernisation du maintien en puissance opérationnel : Se définit comme l'harmonisation requise du personnel, des processus, de la technologie et de la gouvernance/du C2 nécessaire pour créer un effet de maintien en puissance cohérent, dans toutes les capacités habilitantes interarmées au sein de l'entreprise de maintien en puissance.

Entreprise de maintien en puissance : Reflète l'ensemble des organisations, du personnel, de l'équipement et des données du MDN et des FAC engagés dans la prestation d'effets de maintien en puissance qui permettent la disponibilité opérationnelle de la Défense et la conduite des opérations; elle englobe largement le maintien en puissance institutionnel, le maintien en puissance opérationnel et le soutien opérationnel.

Maintien en puissance opérationnelle des SSFC : Englobe tous les éléments ministériels de base de la médecine militaire, comme la chaîne d'approvisionnement médicale, les établissements et les programmes d'instruction, et les programmes de santé qui soutiennent la population des FAC en garnison et dans le cadre des opérations. Le maintien en puissance opérationnel des SSFC comprend également le développement des forces et le développement des capacités nécessaires pour analyser, planifier et maintenir ces besoins uniques en matière de soins de santé militaires opérationnels.

Gamme complète des soins de santé : Cette nouvelle solution favorisera une vision globale et inclusive des soins aux patients, connue sous le nom de Stratégie de santé globale et de mieux-être. Cette approche tient compte du sentiment de bien-être dans le milieu de travail, du milieu de travail physique et de la santé personnelle, y compris les aspects physique, mental, spirituel et familial du bien-être.

Santé publique : La santé publique est définie comme la science de la prévention des maladies, de la prolongation de la vie et de la promotion de la santé physique et de l'efficacité grâce à des efforts communautaires organisés. Cet objectif est atteint grâce à l'assainissement de l'environnement, à la lutte contre les infections transmissibles et à l'éducation individuelle sur l'hygiène personnelle. Ces mesures sont rendues possibles grâce à l'organisation de services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des maladies, et à la mise en place des mécanismes sociaux nécessaires qui garantiront à chaque membre de la communauté un niveau de vie suffisant pour le maintien de la santé.

Santé internationale : L'application mondiale des principes de santé publique aux problèmes et aux défis qui touchent les pays à revenu faible ou intermédiaire et à l'éventail complexe des forces internationales et nationales qui les influencent.

Santé mondiale : La santé mondiale découle de la santé publique et de la santé internationale, qui, à leur tour, ont évolué à partir de l'hygiène et de la médecine tropicale. Cependant, bien que fréquemment mentionnée, la santé mondiale est rarement définie.

Plateforme de dossiers de santé électroniques (PDSE) : Le projet PDSE maintiendra en puissance et renforcera la capacité numérique en matière de santé des FAC en fournissant un système de dossier de santé électronique (DSE) commercial sur étagère (COTS) qui offrira des outils modernes d'aide à la décision opérationnelle et clinique, un accès sécurisé aux renseignements sur la santé, des analyses avancées et une expérience centrée sur le patient conforme à la norme de l'industrie.

Dépôt central de matériel médical (DCMM) : Le DCMM est une installation essentielle d'unité de niveau national dont le mandat principal est de gérer et de fournir du matériel de classe VIII à l'appui des opérations de déploiement et des opérations nationales. Il comprend la gamme complète de l'équipement médical, des contre-mesures médicales, des réserves en cas de pandémie et des trousses médicales à haut niveau de préparation.

Capacités de chirurgie de sauvetage (CS) : Une CS est une intervention chirurgicale au cours de laquelle l'achèvement de la réparation chirurgicale immédiate est sacrifié au profit du contrôle de l'hémorragie et de la contamination en vue d'empêcher une détérioration de l'état du patient. La détérioration potentielle de l'état d'un patient résulte habituellement des effets conjugués du traumatisme initial et des conséquences physiologiques possibles de la chirurgie. La CS vise à être en mesure de pratiquer une chirurgie de sauvetage dans l'heure qui suit la blessure, mais pas au-delà de deux heures.

Réanimation de sauvetage (RS) : La RS est une approche systématique du traitement des traumatismes majeurs. Elle associe le paradigme de saignements, voies aériennes, respiration et circulation à une série de techniques cliniques allant d'interventions immédiates nécessaires à la survie à des interventions chirurgicales dans le but de réduire au minimum la perte sanguine, d'oxygéner au maximum les tissus et d'obtenir la meilleure issue possible. Les mesures de RS sont lancées par le personnel médical d'urgence dans l'heure suivant la blessure.

Soins en partenariat avec la personne : Il s'agit d'une approche inclusive des soins de santé qui fait du patient l'objectif central de la prestation des services et un partenaire qui y contribue, au lieu d'en être simplement le bénéficiaire, en intégrant les compétences inhérentes, l'expertise et les expériences vécues du patient.

SGRH/Gardien : Le Système de gestion des ressources humaines des FAC est responsable de la gestion, du perfectionnement et de la rémunération efficaces des membres des FAC.

Système d'information sur la santé des Forces canadiennes (SISFC) : Le SISFC (2002-2005) remplace les dossiers de santé papier par des dossiers électroniques. Par conséquent, la transférabilité et l'accès électronique à l'information sur la santé pour les fournisseurs de soins de santé des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) ont été grandement améliorés. Le SISFC est un « système de systèmes » et se compose de plusieurs produits logiciels, y compris le dossier de santé électronique (DSE) de Purkinje®, qui est à son tour intégré à des applications logicielles distinctes de laboratoire, de radiologie et de soins dentaires.

Niveau opérationnel de compétence (NOC) : Le NOC indique le point d'une carrière dans les FAC où toutes les qualifications requises pour l'emploi initial dans un groupe professionnel militaire ont été obtenues, et la personne peut ensuite être transférée de l'instruction élémentaire ou de la liste du programme subventionné de formation universitaire à un poste d'effectifs qualifiés en activité.

Programme de maintien de préparation clinique (PMPC) : Le PMPC est une initiative d'instruction conçue pour appuyer le mandat des FAC de maintenir une force médicale prête à l'emploi, en offrant aux fournisseurs de soins de santé militaires la possibilité de préserver et d'améliorer les compétences cliniques qu'ils ne peuvent pas maintenir à leur lieu de service normal. La majeure partie de l'instruction du PMPC est dispensée dans des hôpitaux civils et est obligatoire chaque année en tant qu'exigence de « pratiques exemplaires ».

ANNEX B – RÉFÉRENCES

A. Protection, Sécurité, Engagement

B. Directive de planification du CEMD – Reconstitution des Forces armées canadiennes, juillet 2021

C. Étude sur des systèmes de combat PSE

D. Plan de campagne numérique

E. Plan de campagne pour les SSFC 2021 à 2026

F. HS Capability Gap Prioritization, septembre 2021.

G. Gartner Capability Alignment Executive Programs: Health Services, novembre 2019.

H. Deloitte MPC Comprehensive Review – HSS Strategy, juin 2019

I. Futures Concept for the Provision of Health Services to the Canadian Army 2035, Auteur A Bradley, OEM Doctrine SS, Directeur – Stratégie (Services de santé) (D Strat Svc S), co-auteur Maj S. Robert, OEM Concepts stratégiques, D Strat Svc S, 13 janvier 2023

J. NATO Medical Support Capstone Concept - Medical Branch and *Medical Advisor Explanatory paper on the – 17 novembre 2022*, Allied Command Transformation, Colonel S. R. Tracey LL.B (Hons), MA, MSc Head

K. Integrated Governance Review, 2017

L. Évaluation des soins de santé offerts aux militaires, SMA(Svcs Ex), Revue, novembre 2018

M. Approved - Electronic Health Record Platform Preliminary Statement of requirements, 26 juillet 2022

N. CAF Health Services: A Force of Last Resort to MND, 06 janvier 2022

O. Séances d'information: Services de santé des Forces canadiennes

P. CFHS Modernization Brief to AFMB, décembre 2020.J.P. Kapalan, Bond, Merson, Reddy, Rodriguez, Swankambo, Wasserheit. (2009). « Towards a common definition of global health », *Lancet*. A.L. Garcia-Basteiro, Abimbola (2021, décembre). « The challenge of defining global health », *BMJ Global Health*

Q. PIFC 4.0 - Soutien

R. PIFC 4-10

S. Defence Supply Chain Governance – Charter - Version 1.0, ADM(Mat) and DOS SJS Case Analysis, Defence Resource Management Information System (DRMIS) Modernization C.001788, Version 0.5

T. Mgén Marc Bilodeau, Médecin général/DGS San, présentation à l'équipe de visiteurs d'Agrément Canada, 02 mai 2022

U. WARNING ORDER CANADIAN FORCES HEALTH SERVICES GROUP MODERNIZATION-ORGANIZATIONAL REALIGNMENT, 1775-1 (D Strat Svc S), 15 mai 2019

V. CF H Svcs Gp Governance Review Report, 2018

W. 3350-1 (Ops) Canadian Forces Health Services Group Transformation -General Instruction, 17 février 2017

X. CF H Svcs Gp Modernization Op Design 02 mai 2018

Y. 1901-1 (D H Svcs Res) Strengthening the Health services reserve Initiating Directive 15 décembre 2017

Z. Follow-up on Audit of Canadian Forces Health Services (CFHS) août 2018, 1259-3-0026 (ADM(RS))

AA. CFHS Modernization Update Report, 2019, Draft 17 octobre 2019

AB. CF H Svcs Gp, Modernization Update Brief to CDs, novembre 2019

AC. CFHS Modernization – Operational Analysis Interview – MGen M. Bilodeau, 06 février 2023

AD. CFHS Modernization – Operational Analysis Interview – BGen S. Malcolm, 26 janvier 2023

AE. CFHS Modernization – Operational Analysis Interview – Col C.A. Forestier, 27 février 2023

ANNEX C – ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AC : L'Armée canadienne
ACC: Anciens Combattants Canada
AMOG: Autres ministères et organismes gouvernementaux
ARC : Aviation royale canadienne
ARRC - OTAN: Corps de réaction rapide allié de l'OTAN
ASPC : Agence de la santé publique du Canada
BPF : Bonnes pratiques de fabrication
C2 : Commandement et contrôle
C2TD : Commandement et contrôle dans tous les domaines
CAD : Chaîne d'approvisionnement de la Défense
CBC2 : Commandement et contrôle infonuagique
CFA : Conseil des Forces armées
CISM: Conseil international du sport militaire
CPM : Chef du personnel militaire
CCPM : Commandement du Chef du personnel militaire
CDF: Chef du développement des Forces
CEMD : Chef d'état-major de la défense
CIFCA : Centre d'instruction des Forces canadiennes dans l'Arctique
CISC: Chef de l'intégration des systèmes de combat
Cmdt: Commandant
COIC: Commandement des opérations interarmées du Canada
COCIM : Coopération civilo-militaire
CONOPS : Concept d'opérations
COTS : Commercial sur étagère
C Prog: Chef de programme
CS : Capacités de chirurgie de sauvetage
DCMM : Dépôt central de matériel médical
DEM : Directeur d'état-major
DF : Développement des forces
DGIIMPO : Directeur général – Intégration interarmées et maintien en puissance opérationnel
DGSMCA: Directeur général - Systèmes de matériel et chaîne d'approvisionnement
DG Sout : Directeur général – Soutien
DGS San : Directeur général Services de santé
Dir MPO : Directeur – Maintien en puissance opérationnel
DPI : Dirigeant principal de l'information
DSE : Dossier de santé électronique
EAGPM : Examen annuel des groupes professionnels militaires
EF : Emploi de la Force
ÉMIS: État-major interarmées stratégique
EOA : Environnement opérationnel de l'avenir
EOHN : exigences obligatoires de haut niveau
FAC : Forces armées canadiennes
FDSP : Force de défense et sécurité publique
FI/CO : Finances/fonction de contrôleur
GC: Gouvernment du Canada
GF : Gestion de la Force
GI : Gestion de l'information
Gp5 : Groupe des cinq
Gp Svc S FC : Groupe des Services de santé des Forces Canadiennes
IA : Intelligence artificielle
II&E : Instruction individuelle et éducation
IM : identification du matérie
IME : initiative de modernisation d'entreprise
IRSP : Initiative de renouvellement des soins primaires
J4 Strat : J4 Strat
LOG: Logistique
MDN : Ministère de la Défense nationale
MEDEVAC : Évacuation médicale
MM : Gestion du matériel
MMPO : Modernisation du maintien en puissance opérationnel
MPF : Mise sur pied d'une force
MPO : Maintien en puissance opérationnel
MRC : Marine royale canadienne
MRED : modernisation des ressources d'entreprise de la Défense
N1 : Niveau 1
NCRHC: Centre de santé de la région de la capitale nationale
NOC : Niveau opérationnel de compétence
NORAD: Commandement de la défense aérospatiale de l'Amérique du Nord
NSI : Navire de soutien interarmées
OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PA: Adjoint au médecin
PDSE : Plateforme de dossiers de santé électroniques
PHI: Renseignements personnels de santé
PIFC : Publication interarmées des Forces canadiennes
PMPC : Programme de maintien de préparation clinique
PP : Perfectionnement professionnel
PPC: Soins en partenariat avec les patients
PRE : Planification des ressources de l'entreprise
P rés : Première réserve
PS: Gestion de projets
PSE : Protection, sécurité, engagement : la politique de défense du Canada
PSP : Programme du soutien au personnel

P/T: Provinces/Territoires
QG : Quartier général
RE : Immobilier
RH : Ressources humaines
RMMPO : Réunion sur la modernisation du maintien en puissance opérationnel
RPS : Renseignements personnalisés sur la santé
RRA : Responsabilisation, responsabilité et autorité
RS : Réanimation de sauvetage
SA : Secteur d'activité
SBMFC : Services de bien-être et moral des Forces canadiennes
SPB : Soins prolongés aux blessés
SGRH : Système de gestion des ressources humaines des FAC
SIGRD : Système d'information de la gestion des ressources de la Défense
SISFC : Système d'information sur la santé des Forces canadiennes interarmées du Canada
SM : Sous-ministre
SMA(BTN): Sous-ministre adjoint (Bureau de la transformation numérique)
SMA(DPI): Sous-ministre adjoint (Dirigeant principal de l'information)
SMA(Fin): Sous-ministre adjoint (Finances)
SMA(IE) : Sous-ministre adjoint infrastructure et environnement
SMA(Mat) : Sous-ministre adjoint matériels
SO: Soutien opérationnel
SRLC : Service royal de la logistique du Canada
SSFC : Services de santé des Forces canadiennes
Svc S : Services de santé
TECH MED : Technicien médical
TI : Technologie de l'information
VBAT : Véhicule blindé d'appui tactique
VCEMD : Vice-Chef d'état-major de la défense
WM: Gestion d'entrepôt